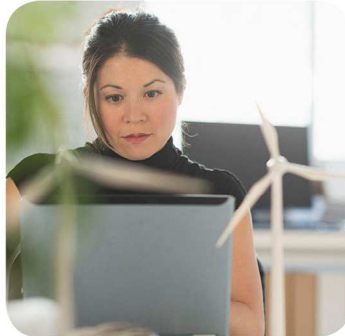


Contrat Collectif à
adhésion
obligatoire
contrat n°T301

PRÉVOYANCE
RÉGIME
COMPLEMENTAIRE



Personnel des
entreprises relevant de
la Convention Collective
Nationale
d'aéraulique,thermique
et frigorifique (matériel) :
installation, entretien,
réparation et dépannage
(IDCC 1412)



Personnel cadre
(personnel relevant des
articles 4, 4 bis et 36 de
la CCN du 14 mars
1947)

KLÉSIA
Prévoyance

Sommaire

DISPOSITIONS GENERALES	3	Titre V – Prestations.....	10
Titre I – Généralités	3	Article 25 – Traitement de base - Base des prestations	10
Article 1 – Cadre juridique	3	Article 26 – Revalorisation	10
Article 2 – Objet du contrat	3	Article 27 – Modification des prestations.....	11
Article 3 – Risques garantis.....	3	Article 28 – Déclaration des sinistres.....	11
Article 4 – Base légale.....	3	Article 29 - Paiement des prestations.....	11
Article 5 – Contrôle de l’Institution	3	Article 30 – Contrôle médical	11
Article 6 – Réclamation et médiation	4	Article 31 – Exclusions	12
Article 7 – Protection des données personnelles	4	Article 32 – Déchéance	13
Article 8 – Communication par voie électronique	4	Article 33 – Subrogation	13
Article 9 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.....	5	Article 34– Fausse déclaration.....	13
Article 10 – Lutte contre la fraude à l’assurance	5	Article 35 – Prescription.....	13
Titre II – Adhésion de l’entreprise.....	5	Titre VI – Garanties.....	13
Article 11 – Champ d’application.....	5	Article 36 – Situation familiale du Participant ..	14
Article 12 – Date d’effet - Durée - Renouvellement de l’adhésion.....	5	GARANTIES DECES	14
Article 13 – Obligations de l’Adhérente.....	5	Article 37 - Garantie décès.....	14
Article 14 – Résiliation de l’adhésion.....	6	Titre VII. Documents nécessaires au règlement des prestations	17
Titre III – Affiliation des Participants	6	DISPOSITIONS SPECIFIQUES.....	18
Article 15 – Conditions - Modalités d’affiliation des Participants	6	1. CATEGORIE DE PERSONNEL GARANTIE .	18
Article 16 - Date d’affiliation et date d’effet des garanties	7	2. DATE D’EFFET DU CONTRAT.....	18
Article 17 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail ou de rupture du contrat de travail	7	3. TAUX DE COTISATIONS	18
Article 18 – Cessation de l’affiliation du Participant	7	4. REPRISE DE SINISTRE ANTERIEURS	18
Article 19 – Maintien des garanties au bénéfice du Participant.....	7	5. DETAILS DES GARANTIES.....	19
Titre IV – Cotisations.....	8	Lexique.....	20
Article 20 – Assiette et taux de cotisations.....	8		
Article 21 - Paiement des cotisations	9		
Article 22 – Défaut de paiement des cotisations	9		
Article 23 – Révision des cotisations.....	9		
Article 24 – Exonération des cotisations.....	9		

DISPOSITIONS GENERALES

Titre I – Généralités

Article 1 – Cadre juridique

Les présentes dispositions constituent les Conditions Générales du contrat d'assurance souscrit par l'entreprise auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance située au 4 rue Georges Picquart à Paris (75017), dénommée ci-après « l'Institution », organisme régi par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale.

L'entreprise souscriptrice ci-après dénommée « l'Adhérente ou l'Entreprise Adhérente » devient membre adhérent de KLESIA Prévoyance.

Ses salariés acquièrent dès leur affiliation la qualité de Participants et sont dénommés ci-après « les Participants ».

Le contrat de prévoyance souscrit auprès de l'Institution est composé pour chaque Adhérente :

- Des présentes Dispositions Générales et Dispositions Spécifiques ;
- Du certificat d'adhésion.

La gestion des prestations est déléguée à la société GFP, dont le siège se situe 2 rue Joseph Fourier – le jardin d'entreprise – 28039 CHARTRES CEDEX.

Le contrat prend effet au 1^{er} janvier 2019. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} Janvier de chaque année.

Article 2 – Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de renforcer les garanties décès prévues par le régime de prévoyance obligatoire en faveur des salariés cadres (personnel relevant des articles 4, 4bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de l'Aéroulque, Thermique et Frigorifique (matériel) : Installation, Entretien, Réparation et Dépannage.

Article 3 – Risques garantis

KLESIA Prévoyance garantit les risques suivants :

- Le risque Décès et Annexes :

- Décès « toutes causes » ;
- Invalidité absolue et définitive ;
- Décès accidentel
- Invalidité absolue et définitive par accident ;
- Double effet
- Frais d'obsèques.

Les risques couverts sont décrits aux présentes Dispositions Générales et le niveau des prestations est décrit aux Dispositions Spécifiques.

Article 4 – Base légale

Le contrat collectif de prévoyance est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale et est exclusivement soumis à la loi française. Tout litige lié au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

Article 5 – Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 rue de Budapest, CS 92459 - 75009 PARIS.

Article 6 – Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à la mise en œuvre du contrat, l'Adhérent, le Participant ou ses ayants droit doivent s'adresser en priorité à l'Institution :

Par courrier :

GFP
2 rue Joseph Fourier
Le jardin d'entreprise
28039 CHARTRES CEDEX

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'Adhérente, le Participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à l'Institution, saisir par courrier le Médiateur du CTIP, dans le délai d'un an à compter de la réclamation, à l'adresse suivante :

Par courrier :

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérés
75008 Paris

Sur le site internet : <http://www.ctip.asso.fr/>

Article 7 – Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l'adhérent à l'Institution, KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris est amenée à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement.

A ce titre, KLESIA Prévoyance s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l'objet du contrat à savoir :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance,
- la gestion de la relation commerciale,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la prospection commerciale,
- la lutte contre la fraude et les impayés,
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- la recherche des contrats décès non réglés,

- le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

KLESIA Prévoyance traite les données personnelles des assurés et des bénéficiaires en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de leurs données personnelles.

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Les assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de KLESIA Prévoyance par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr ou par courrier postal à l'adresse KLESIA - SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : **3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07** ou <http://cnil.fr>

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par KLESIA Prévoyance aux assurés et aux bénéficiaires dans la notice d'information.

Article 8 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/les Participants et l'Institution et le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties

reconnait la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par l'assuré des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions de l'article R932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Article 9 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'Adhérente atteste que ces versements n'ont pas une origine provenant d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L 561-1 et suivants du code monétaire et financier.

Article 10 – Lutte contre la fraude à l'assurance

L'Institution peut utiliser les données personnelles du Participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Titre II – Adhésion de l'entreprise

Article 11 – Champ d'application

Peuvent adhérer au présent contrat l'ensemble des salariés cadres (personnel relevant des articles 4, 4bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de l'Aérialique, Thermique et Frigorifique (matériel) : Installation, Entretien, Réparation et Dépannage.

Article 12 – Date d'effet - Durée - Renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et se termine au 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} Janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérente ou de

l'Institution, notifiée par lettre recommandée, moyennant le respect d'un délai de préavis d'au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.

Article 13 – Obligations de l'Adhérente

13.1. Obligation d'affiliation

Dans le cadre d'un contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire, l'Adhérente doit affilier l'ensemble de ses salariés cadres (personnel relevant des articles 4, 4bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947).

L'Adhérente s'engage également à y affilier obligatoirement tous les salariés qu'elle embauchera postérieurement à la date d'effet du contrat.

13.2. Informations à fournir à l'Institution

13.2.1. Lors de l'adhésion

Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérente doit fournir à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion au présent contrat dûment signé par un représentant habilité ;
- la liste de l'ensemble du personnel bénéficiaire du contrat (nom et prénom, date de naissance, adresse, salaire annuel, situation familiale) ;
- la liste du personnel, ainsi que les salariés en mi-temps thérapeutique afin que l'Institution évalue les conséquences de la prise en charge des états pathologiques antérieurs à l'adhésion ;
- la liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue par l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien pour chacun des anciens salariés.

13.2.2. En cours de contrat

L'Adhérente doit :

- informer l'Institution au plus tard à chaque échéance de cotisations, de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...) ainsi que de tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou l'importance des garanties ;

- transmettre trimestriellement à l'Institution la liste des nouveaux salariés, dans la catégorie assurée (embauche ou changement de catégorie); toutes ces informations doivent s'accompagner des noms, prénoms, salaire brut d'embauche et numéro de Sécurité sociale du personnel concerné ;
- déclarer trimestriellement à l'Institution les salariés qui quittent l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sortent de la catégorie de salariés assurés, en précisant la date et le motif du départ ;
- déclarer à l'Institution, dès qu'il en a connaissance, tout salarié dont le contrat de travail est suspendu qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation tel que prévu à l'article 18 ;
- déclarer trimestriellement à l'Institution, par le biais des appels des cotisations, l'effectif et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des salariés affiliés au contrat ventilée par tranches soumises à cotisations sociales ;
- transmettre à l'Institution au plus tard le 31 janvier de chaque année, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée ;
- déclarer à l'Institution, dès qu'il en a connaissance tous les salariés en arrêt de travail ou qui reprennent leur activité suite à un arrêt de travail indemnisé par l'Institution.

Dispositif relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN)

Les dispositions ci-dessus sont sans objet dès lors que l'Adhérente a transmis ces données par la voie de la déclaration sociale nominative en application de l'article L133-5-2 du Code de la Sécurité sociale.

13.3. Informations à fournir aux Participants

En vertu des dispositions de l'article L932-6 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente a un devoir d'information à l'égard des Participants sur le contrat souscrit.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérente s'engage à remettre à chaque Participant une copie de la notice d'information qui lui a été transmise par l'Institution.

Il doit également porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties souscrites.

La preuve de la remise de cette notice incombe à l'Adhérente.

Article 14 – Résiliation de l'adhésion.

A la date d'échéance annuelle

L'adhésion peut être résiliée par l'Adhérente ou l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, le cachet de la poste faisant foi.

En cas de non-paiement des cotisations

L'Institution peut résilier le contrat collectif de prévoyance en cas de défaut de paiement des cotisations conformément à l'article L932-9 du code de la Sécurité sociale.

En cas de refus de modification du contrat

En cas de refus par l'Adhérente de la révision des cotisations par l'Institution ou de la modification des garanties, l'Adhérente dispose de la faculté de résilier le contrat par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification.

Titre III – Affiliation des Participants

Article 15 – Conditions - Modalités d'affiliation des Participants

15.1. Conditions d'affiliation

Seuls les salariés cadres (personnel relevant des articles 4, 4bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) relevant du régime général obligatoire, de la Mutualité sociale agricole ou du régime local Alsace-Moselle peuvent bénéficier du présent contrat.

15.2 Modalités d'affiliation

L'ensemble du personnel relevant de la catégorie des salariés assurée doit être affilié à titre obligatoire.

L'Adhérente communique à l'Institution, sur tout support de son choix, la liste de tous les salariés concernés par le contrat.

L'Adhérente est responsable de l'affiliation au contrat de tous les salariés présents à l'effectif. Il doit ainsi s'assurer que l'Institution a bien eu connaissance de tous les salariés ayant vocation à profiter des garanties du contrat qu'elle a souscrit.

Article 16 - Date d'affiliation et date d'effet des garanties

Sous réserve du respect des conditions et modalités ci-dessus, la qualité de Participant est acquise :

- à la date d'effet de l'adhésion précisée au certificat d'adhésion, lorsque les salariés sont présents dans l'effectif de l'entreprise à cette date et font partie de la catégorie assurée ;
- à la date d'embauche ou de changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les salariés bénéficient des garanties prévues au contrat de prévoyance à compter de la date d'affiliation.

Article 17 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail ou de rupture du contrat de travail

17.1. Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties sont maintenues au profit des Participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur (en cas de maintien de salaire total ou partiel)

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des cotisations prévues à l'article 24, ce maintien des garanties donne lieu à paiement des cotisations.

17.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit lors de la suspension du contrat de travail du Participant, sans maintien de la rémunération (congé

sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé de proche aidant, congé sans solde...).

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'Entreprise.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Cependant, en cas de suspension du contrat de travail pour congé parental, les garanties en cas de décès et d'Invalidité Absolue et Définitive sont maintenues moyennant le paiement des cotisations.

Article 18 – Cessation de l'affiliation du Participant

Sous réserve des cas de maintien des garanties prévus à l'article suivant, l'affiliation du Participant cesse de plein droit dans les cas suivants :

- résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance, par l'une des parties dans les conditions prévues aux présentes Dispositions Générales ;
- rupture du contrat de travail du Participant ;
- en cas de cessation d'activité ou disparition de l'Adhérente ;
- liquidation de la pension de retraite du Participant, sauf situation de cumul emploi-retraite dans l'entreprise ;
- décès du Participant.

Article 19 – Maintien des garanties au bénéfice du Participant

19.1. Portabilité des droits prévue à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale

Conditions

Conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les Participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l'ancien salarié soit pris en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez votre dernier employeur.

Formalités

Pour bénéficiaire de la portabilité des droits, l'ancien salarié doit retourner à l'Institution, le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé.

Il incombe à l'Adhérente d'informer le Participant de ce droit.

Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Ce maintien est accordé à l'ancien salarié pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause, limité à 12 mois.

La suspension des allocations du régime d'Assurance Chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien qui ne sera pas prolongée d'autant.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, toute révision du contrat sera applicable aux bénéficiaires du maintien de droit.

Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre de périodes postérieures à la cessation du contrat de travail pour l'employeur et l'ancien salarié.

Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d'indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations chômages, L'Institution pourra également réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le Participant.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- au décès de l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'assurance chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'assurance chômage ;
- en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance, à l'exception de la résiliation pour liquidation judiciaire ou cessation d'activité de l'entreprise ;
- lorsqu'il n'y a plus de salariés actifs dans l'entreprise.

19.2 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat

19.2.1. Maintien des garanties Décès

En application de l'article 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les garanties Décès sont maintenues lorsque le Participant est indemnisé au titre de l'incapacité ou invalidité à la date de résiliation ou non-renouvellement du contrat.

19.2.2. Cessation du maintien des garanties

Ces dispositifs de maintien cessent dans les cas suivants :

- reprise totale d'activité ;
- cessation des versements par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension invalidité, d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66% ;
- liquidation de la pension vieillesse par la Sécurité sociale.

Titre IV – Cotisations

La garantie est assurée par l'Institution en contrepartie du paiement des cotisations prévues aux Dispositions Spécifiques.

Article 20 – Assiette et taux de cotisations

Les taux de cotisations définis aux Dispositions Spécifiques sont établis en fonction de la législation et réglementation en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

L'assiette des cotisations est déterminée en fonction du total des rémunérations brutes annuelles du Participant, limitée aux tranches A et B :

- Tranche A : Fraction de la rémunération limitée au montant du PASS.
- Tranche B : Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS.

Salariés à temps partiel

Pour chaque Participant exerçant une activité à temps partiel, la cotisation assise sur la rémunération annuelle brute telle que définie ci-dessus, est due sur le salaire réellement perçu par le Participant.

Salariés à employeurs multiples

Pour chaque Participant exerçant une activité salariée dans plusieurs entreprises, la cotisation est due sur le salaire réellement perçu par le Participant dans l'entreprise Adhérente.

Article 21 - Paiement des cotisations

Les cotisations sont calculées annuellement et recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles doivent être payées, au plus tard le 10^{ème} jour suivant l'échéance.

L'adhérente est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations à l'Institution. De ce fait, elle procède à leur calcul et au versement à l'Institution.

Sur la base de l'état nominatif des salaires communiqué par l'Adhérente à chaque fin d'exercice, l'Institution effectue un ajustement des cotisations afin de prendre en compte la situation exacte de chaque Participant.

Cet ajustement donnera lieu soit à un remboursement de trop perçu, soit à un paiement complémentaire par l'Adhérente.

Article 22 – Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de l'intégralité des cotisations dans les 10 jours suivant l'échéance, l'Adhérente est mise en demeure d'effectuer le règlement par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Les garanties seront suspendues 30 jours après la date de mise en demeure si le paiement n'a pas été effectué.

Le contrat sera résilié 40 jours après la date de mise en demeure restée infructueuse.

En tout état de cause, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations dues et éventuelles majorations de retard. Les frais engagés à cet effet seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

En cas de paiement des cotisations arriérées et de celles arrivées à échéance pendant la suspension avant le terme des 40 jours suivant la mise en demeure, le contrat reprend ses effets.

Article 23 – Révision des cotisations

Les taux de cotisation sont réexaminés par l'Institution en fin d'année et peuvent être modifiés en fonction de l'équilibre technique du contrat.

L'Institution peut également réviser les taux de cotisation à tout moment en cas de modification législative ou réglementaire ayant une incidence sur le contrat de prévoyance.

Le changement des taux de cotisation est notifié à l'Adhérente avant son entrée en vigueur.

En cas de refus des taux révisés par l'Adhérente, celui-ci doit aviser l'Institution dès la notification de révision des taux. A défaut d'accord entre l'Institution et l'Adhérente, ce dernier peut résilier le contrat de prévoyance par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai d'un mois suivant cette notification.

Cette résiliation prendra effet à la date d'entrée en vigueur des nouveaux taux.

A défaut, l'Adhérente est réputée avoir accepté la révision des taux.

Article 24 – Exonération des cotisations

Le Participant en arrêt de travail est exonéré des cotisations afférentes aux garanties décès, au terme du délai de franchise.

L'exonération est partielle si le Participant travaille à temps partiel, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes

annuelles effectivement perçues du fait de son activité réduite.

L'exonération des cotisations cesse :

- dans les cas de cessation des prestations incapacité ou invalidité ;
- en cas de résiliation du présent contrat.

Titre V – Prestations

Article 25 – Traitement de base - Base des prestations

Le traitement de référence qui sert de base de calcul des prestations est égal à l'ensemble des rémunérations brutes perçues au cours des douze mois pleins précédant la date du décès ou de l'évènement ayant donné lieu à l'Invalidité Absolue et Définitive et des primes, allocations d'heures supplémentaires et autres éléments de salaires se rapportant à la période normale des 12 derniers mois d'activité et soumis à charge sociale limitée aux tranches soumises à cotisations telles que prévues à l'article 20 du présent contrat.

En tout état de cause, le traitement pris en compte pour le calcul des prestations ne peut excéder celui choisi par l'Adhérente comme base des cotisations.

En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive d'un Participant ne surviennent pas directement après une période d'activité, le salaire de base défini à l'article 25 est revalorisé selon les modalités prévues à l'article 26.

Pour le Participant n'ayant pas 12 mois de présence dans l'entreprise à la date de réalisation de l'évènement couvert en fonction des garanties du régime, le salaire de référence est reconstitué sur la base des éléments fixes de rémunération du dernier mois complet d'activité.

Si le Participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des 12 mois visés au premier alinéa du fait de la suspension de son contrat de travail suite à un arrêt de travail ou congé maternité ou paternité, le traitement de référence sera reconstitué sur 12 mois.

Aucune reconstitution de salaire ne sera effectuée en raison d'une suspension du contrat de travail pour une autre raison qu'un arrêt de travail, un congé maternité ou un congé paternité (exemples : congé sabbatique,). Seule la rémunération éventuellement perçue au cours des 12 derniers mois civils sera alors pris en compte.

Si le Participant est reconnu invalide au sens de l'article L341-1 du Code de la Sécurité sociale et autorisé par la Sécurité sociale à reprendre une activité à temps partiel, la rémunération partielle est complétée jusqu'à concurrence de la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait travaillé à temps complet.

Le traitement de référence servant de base de calcul de la garantie décès peut être revalorisé dans les conditions prévues à l'article ci-dessous en cas de décès survenant en cours d'arrêt de travail.

Article 26 – Revalorisation

26.1. Revalorisation du capital décès

Revalorisation

Les prestations peuvent être revalorisées annuellement au 1^{er} juillet de chaque année, sur la base du taux décidé par le Conseil d'administration de l'organisme assureur. La première revalorisation des prestations intervient le cas échéant le 1^{er} juillet suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations.

Cette revalorisation ne porte pas préjudice à l'application de la revalorisation du capital décès telle que prévue par la Loi n° 2014 – 617 du 13 juin 2014 et le Décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015.

Revalorisation des prestations non réglées dites revalorisation post-mortem (Loi n° 2014 – 617 du 13 juin 2014 et le Décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015)

À compter de la date du décès du Participant jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation mentionnée au contrat -qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du Participant, est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

Article 27 – Modification des prestations

L'Institution peut modifier les garanties en cas d'évolution législative ou réglementaire ou en cas de déséquilibre technique du contrat.

Les modifications des garanties donneront lieu à l'émission d'un avenant.

Article 28 – Déclaration des sinistres

Le sinistre doit être déclaré à l'Institution dans les six mois à compter de sa survenance.

En cas de déclaration au-delà de ce délai, l'Institution se réserve le droit d'opposer la déchéance à indemnisation pour déclaration tardive si cela lui a causé un préjudice.

Toute demande doit être accompagnée des justificatifs nécessaires, dont la liste figure au Titre VII.

L'Institution se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations.

Article 29 - Paiement des prestations

L'Institution règle les prestations généralement dans les 15 jours ouvrés et dans un délai maximum d'un mois après la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris. Le règlement s'effectue par virement bancaire ou par chèque auprès du Participant, de l'Adhérente ou du bénéficiaire.

A compter du 1^{er} janvier 2019, en application du prélèvement à la source sur les revenus, les prestations de prévoyance complémentaire entrant dans le champ de la retenue à la source sont versées, le cas échéant, minorées du montant dû au titre de l'impôt.

Ce montant est calculé en fonction du taux personnalisé s'il est connu, ou, à défaut, du taux non

personnalisé ; il est reversé à l'administration fiscale.

Si les prestations sont versées directement au bénéficiaire, la retenue à la source est réalisée par l'assureur.

Si les prestations sont versées à l'entreprise, la retenue à la source est effectuée par celle-ci. Dans les deux situations, les prestations sont payées au bénéficiaire net d'impôt.

Article 30 – Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de faire examiner le Participant par un médecin qu'il mandate à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de son état. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de la prise en charge du Participant par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Le Participant doit fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution jugera utile de lui demander pour apprécier son état. Il doit être en mesure de présenter le maximum de pièces en lien avec son état de santé (certificats médicaux, ordonnances, radiographies, scanners, attestations de salaire employeur...). À tout moment, les médecins mandatés par l'Institution auront le libre accès au Participant en invalidité, afin de pouvoir constater son état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Le Participant est tenu de se soumettre à ce contrôle médical. A défaut et après mise en demeure, l'Institution pourra suspendre les droits aux prestations à l'expiration d'un délai de 30 jours. Il en sera de même en cas d'absence du domicile. Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

La décision de l'Institution relative au refus de règlement du sinistre, à la réduction ou à la cessation des prestations, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

La décision est notifiée au Participant par lettre recommandée avec avis de réception.

La contestation par le Participant des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée sous pli confidentiel par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, le Participant pourra se faire représenter par son médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre son médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera à l'Institution et au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que l'Institution verse des prestations.

Article 31 – Exclusions

31.1. Exclusions générales

Ne donnent pas lieu à prise en charge, les sinistres qui résultent :

- du suicide qui se produit au cours de la première année d'affiliation au présent contrat. Toutefois, le suicide est garanti si du fait de son affiliation au présent contrat et, précédemment à un autre contrat de prévoyance à adhésion obligatoire, le Participant a été couvert une année continue d'assurance à la date du suicide ;
- de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le Participant y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation intervenant sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- des conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire du Participant, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- des conséquences de la participation volontaire et violente du Participant à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris ;
- directement ou indirectement du risque atomique ou de radiations ionisantes.

31.2. Exclusions spécifiques aux garanties en cas d'accident

Ne donnent pas lieu à majoration pour décès accidentel, et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution les conséquences :

- d'un état d'imprégnation alcoolique du Participant caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure à 0,50 gramme par litre ou par une concentration d'alcool dans l'air expiré égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre ;

- de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale ;
- de la participation à tous sports et compétitions à titre professionnel ;
- de la pratique de toute activité sportive effectuée en infraction manifeste des règles de sécurité définies par les pouvoirs publics ou la fédération sportive concernée ;
- des risques aériens se rapportant à :
 - des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids ;
 - des vols d'essai, vols sur prototype ;
 - des vols ou sauts effectués avec tout autre matériel si le matériel, le vol ou le saut ne sont pas homologués ;

des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide.

Article 32 – Déchéance

Le bénéficiaire qui est condamné pour avoir volontairement donné la mort au Participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci continuant à produire leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

Article 33 – Subrogation

L'Institution est subrogée au Participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Article 34– Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au Participant est nulle conformément à l'article L932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Article 35 – Prescription

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

La prescription est portée à :

- 10 ans concernant les garanties décès (capital) versées aux bénéficiaires.

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale et de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014, la prescription est portée à 30 ans à compter du décès du Participant pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de sa qualité par l'Institution.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérente, du Participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers à exercer une action en justice contre l'Adhérente, le Participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Titre VI – Garanties

Le présent titre définit l'ensemble des garanties couvertes par le contrat ainsi que la situation familiale prise en compte pour les éventuelles majorations des montants de prestations.

Les garanties souscrites ainsi que leur montant calcul sont indiqués aux Dispositions Spécifiques.

SITUATION FAMILIALE

Article 36 – Situation familiale du Participant

Le montant des prestations ainsi que les éventuelles majorations prennent en compte la situation familiale du Participant, dûment justifiée. Les personnes prises en compte sont le conjoint du Participant, les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint.

36.1. Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- l'époux (se) du Participant, non séparé de corps judiciairement à la date du sinistre ouvrant droit à prestations ;
- le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de solidarité (PACS) ;
- le concubin, personne vivant maritalement avec le Participant sous le même toit, à condition que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :
 - le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires ou veufs ;
 - le concubinage est établi de façon notoire depuis plus d'un an.

Cette condition de durée est supprimée lorsqu'un enfant est né de cette union.

36.2. Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du Participant reconnus, adoptés ou recueillis et ceux de son conjoint lorsqu'ils sont fiscalement à charge du Participant et sont :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 ans et de moins de 21 ans s'ils se ne livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au SMIC mensuel (revenu minimum légal en vigueur),
- âgés de 21 ans et de moins de 26 ans s'ils se ne livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au SMIC mensuel (revenu minimum légal en vigueur), et :
 - poursuivent des études ;
 - sont sous contrat d'apprentissage ;
 - sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,

- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'état d'invalidité soit survenu avant le 18^{ème} anniversaire.
- l'enfant né ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Participant si ce dernier est légitime.

Sont considérés comme fiscalement à charge du Participant, les enfants :

- pris en compte dans le calcul de l'impôt sur le revenu du Participant ;
- recevant du Participant une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu de celui-ci ;
- adoptés ou reconnus par le Participant, s'ils sont fiscalement à charge de son conjoint.

La situation de famille prise en considération est obligatoirement celle, dûment justifiée, du Participant à la date du sinistre, en dehors de la naissance intervenue dans le délai de 300 jours mentionné ci-dessus.

GARANTIES DECES

Ces garanties ont pour objet d'assurer aux Participants ou bénéficiaires, selon les Dispositions Spécifiques, le versement d'une prestation sous forme d'un capital, d'une rente en cas de décès ou d'Invalidité absolue et définitive.

En cas de disparition, la garantie décès n'est due qu'après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

Article 37 - Garantie décès

37.1. Décès en capital « toutes causes »

En cas de décès du Participant, quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désignés par le Participant, un capital. Le montant du capital est défini aux Dispositions Spécifiques. Ce montant dépend de la situation familiale du Participant.

Des majorations pour enfants à charge sont appliquées conformément aux taux définis aux Dispositions Spécifiques.

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait le Participant, à l'exception de la garantie Double effet.

37.2. Bénéficiaires du capital décès

En l'absence de désignation expresse des bénéficiaires, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint du Participant marié à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, au partenaire lié au Participant par un PACS ou à son concubin ;
- à défaut, aux enfants du Participant par parts égales entre eux,
- à défaut, aux ascendants du Participant, par parts égales entre eux ou aux survivants d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers du Participant, par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

Le Participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès de base, au moment de son affiliation ou ultérieurement.

La désignation expresse du bénéficiaire s'effectue par le formulaire délivré à cet effet par l'Institution, accompagné de son mode d'emploi. Un acte sous seing privé ou un acte authentique permet également la désignation du ou des bénéficiaires à condition que cette désignation soit notifiée à l'Institution.

En cas de désignation nominative, les coordonnées du ou des bénéficiaires désignés doivent être précisées afin de permettre à l'Institution de le(s) retrouver.

La désignation peut être modifiée par le Participant à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale du Participant, naissance...) sauf si le bénéficiaire désigné reconnaît par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable.

Dans le cas où les bénéficiaires désignés sont décédés, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité indiqué ci-dessus.

Cas particuliers

Par dérogation et indépendamment de toute autre désignation, lorsque le montant du capital est déterminé en tenant compte des personnes à charge, la majoration de capital correspondante ne profite qu'aux personnes prises en considération pour le calcul de ces majorations.

Lorsque les enfants à charge sont mineurs, les majorations du capital correspondantes seront versées au représentant légal.

La part de capital correspondant aux dites majorations est égale à la différence entre le capital dû en fonction de la situation et des charges de famille du Participant et le capital que l'Institution aurait payé si le Participant avait été sans personne à charge.

En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Participant est présumé avoir survécu le dernier pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Dans le cas où une cession en garantie a été effectuée au profit d'un organisme prêteur, le capital décès, déduction faite des éventuelles majorations pour personne à charge lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

37.3. Garantie Invalidité absolue et définitive.

Le Participant est considéré comme étant en Invalidité absolue et définitive lorsqu'il cumule les conditions suivantes :

- reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité 3^{ème} catégorie ou incapacité permanente de 100% au titre d'un accident du travail ou maladie professionnelle ;
- le Participant est définitivement dans l'incapacité de se livrer à une activité professionnelle ;
- son état nécessite l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Dans ce cas, le capital décès peut lui être versé par anticipation à compter de la consolidation de l'Invalidité absolue et définitive. Ce versement met automatiquement fin à la garantie décès sauf, le cas

échéant, à la garantie double effet. En particulier, le décès du Participant n'entraîne pas le paiement d'un nouveau capital.

La majoration du capital dans le cas d'une Invalidité absolue et définitive causée par un accident peut être prévue dans les Dispositions Spécifiques.

37.4. Garantie décès accidentel

Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire à celui prévu au titre de la garantie décès en capital toutes causes. Son montant figure aux Dispositions Spécifiques et est fixé en pourcentage du capital décès « toutes causes ».

Le capital ne peut être versé que :

- si le décès survient dans un délai maximum de 12 mois suivant l'accident ;
- si le contrat est toujours en vigueur, sauf en cas de situation de maintien de la garantie décès ;

si les bénéficiaires ont prouvé la relation directe entre le décès et l'accident, ainsi que la nature même d'accident.

37.5. Garantie double effet

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, il est versé un capital aux enfants restés à la charge du conjoint survivant. Ce capital est réparti à parts égales entre les enfants à charge.

Le capital est versé sous les conditions cumulatives suivantes :

- le conjoint décède au plus tôt le jour du décès du Participant ;
- il n'est pas séparé de corps judiciairement au moment du décès du Participant ;
- il n'a pas encore atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la pension vieillesse ;
- il laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment du décès, et initialement à la charge du Participant ;
- le contrat est toujours en vigueur à la date de son décès.

37.6. Frais d'obsèques

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'une allocation couvrant tout ou partie des frais d'obsèques des bénéficiaires définis à l'article 40 des présentes dispositions générales.

Le montant de l'allocation est fixé aux Dispositions Spécifiques. Toutefois l'allocation est limitée au strict remboursement des frais d'obsèques réellement engagés pour les enfants de moins de 12 ans, les majeurs en tutelle ou les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

L'allocation est versée à l'entreprise de pompes funèbres ayant réalisé les obsèques ou à la personne physique ayant supporté leurs frais à hauteur du montant de la facture des obsèques et dans la limite du montant garanti.

Le solde éventuel est versé :

- au participant en cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge
- au conjoint du Participant, à défaut aux enfants à charge tels que définis au paragraphe « situation familiale » des présentes Dispositions Générales.

L'allocation est versée dans un délai maximum de trente jours ouvrés à compter de la remise de l'ensemble des pièces justificatives.

Titre VII. Documents nécessaires au règlement des prestations

En complément de la demande de règlement de prestations dûment remplie, les documents justificatifs à fournir en cas de sinistre pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Toutefois, l'Institution peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Documents justificatifs	Demande de prestation en cas de :	
	Décès	IAD
Extrait d'acte de décès	•	
Copie des bulletins de salaire correspondant au traitement de référence	•	•
Certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)	•	
Facture acquittée de frais d'obsèques	•	
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté l'IAD (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)		•
Demande écrite du Participant ou de son représentant légal		•
Copie de la notification d'attribution de la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente		•
Relevé d'identité bancaire	•	•
Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire	•	
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint)	•	•
Copie du livret de famille du Participant	•	•
Certificat de scolarité et/ou pièces justifiant la qualité d'enfant à charge (1)	•	•
Copie de l'ordonnance ou du jugement de tutelle (1)	•	•
Acte de notoriété établissant la dévolution successorale	•	
Attestation du Pacte Civil de Solidarité	•	•
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture fournisseur d'énergie, bail commun, attestation d'assurance...)	•	•
Procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident	•	•

(1) Document à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants à charge du participant.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES

1. CATEGORIE DE PERSONNEL GARANTIE

La population concernée par ce contrat est constituée, à titre obligatoire, de l'ensemble du personnel cadre (personnel relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) 7) en activité, inscrit sur les contrôles de l'Adhérent à la date d'effet du contrat ou postérieurement à celle-ci, tant que le présent contrat est en vigueur.

2. DATE D'EFFET DU CONTRAT

Le présent contrat prend effet à compter du **1^{er} janvier 2019**.

Le présent contrat est souscrit conjointement avec le contrat n°T298. En conséquence, en cas de résiliation de ce contrat, le présent contrat sera résilié de plein droit à la même date.

3. TAUX DE COTISATIONS

Les taux de cotisations annuelles par Participant sont fixés en pourcentage du traitement de base défini à l'article 21 des Dispositions Générales.

PERSONNEL CADRE

TAUX DE COTISATIONS	
TRANCHE A	TRANCHE B
1,10 %*	1,13 %*

**Ces taux de cotisations sont additionnels à ceux du contrat collectif de base, référencé sous l'engagement n°T298.*

Ces taux de cotisation seront maintenus pendant **deux ans** à législation et réglementation constantes, sous réserve de modification de la législation et/ou de la réglementation pendant ladite période ayant pour effet d'augmenter les engagements de l'Institution.

4. REPRISE DE SINISTRE ANTERIEURS

L'Institution prend en charge au titre du présent contrat :

- les revalorisations à naître, à partir de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat, du maintien des garanties décès y afférent, en cas de reprise de dossiers avec sinistres en cours indemnisés par un précédent assureur.

Ces revalorisations sont assurées à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat pendant toute la durée du contrat et maintenues au niveau atteint en cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause.

Il appartient alors à l'Adhérent d'organiser la reprise des revalorisations postérieures à la résiliation auprès de l'organisme de son choix.

5.DETAILS DES GARANTIES

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
DECES	
Montant des prestations exprimées en % du salaire annuel brut	TA/TB
Capital Décès / IAD toutes causes	
CVD sans enfant à charge	200%
Marié, Pacsé, Concubin sans enfant à charge	300%
Par enfant à charge à compter du 1er enfant	100%
Majoration Capital Décès accidentel / IAD accidentelle	
Capital	300%
Double effet (à répartir entre les enfants à charge)	
Capital	100% du capital décès toutes causes
Frais d'obsèques	
Assuré	100% du PMSS
Conjoint	100% du PMSS
Enfant (limité aux frais réels pour enfant < 12 ans)	100% du PMSS

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant, ou du bénéficiaire du capital garanti, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardiovasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.) / **CVD** : Célibataire - Veuf - Divorcé / **IAD** : Invalidité Absolue Définitive / **PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / **TA** : Tranche A. Fraction de la rémunération limitée au montant du PASS / **TB** : Tranche B. Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS.

Lexique

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment les affections cardio-vasculaires, ruptures d'anévrisme, attaques cérébrales, etc.).

Bénéficiaire

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

Cotisations

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

Entreprise ou Adhérente

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini aux Dispositions Spécifiques, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale.

Participant

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

Risque

Evènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Participant ou du bénéficiaire.

Rémunération brute

Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Sinistre

Réalisation du risque mettant en jeu au moins une des garanties du contrat.

Tranches soumises à cotisations sociales

Ces tranches sont déterminées comme suit :

- Tranche A : Fraction de la rémunération limitée au montant du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS).
- Tranche B : Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS.